

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS COHAB, São Francisco de Assis/RS.**

**Jose Enrique Fuentes Magdariaga**

**Pelotas, 2015**

**Jose Enrique Fuentes Magdariaga**

**Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS COHAB, São Francisco de Assis/RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Dayana Kelly Silva Oliveira.

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

M189m Magdariaga, Jose Enrique Fuentes

Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS Cohab, São Francisco de Assis/RS / Jose Enrique Fuentes Magdariaga; Dayana Kelly Silva Oliveira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Oliveira, Dayana Kelly Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A todas as pessoas da terceira idade, por uma maior qualidade de vida e um envelhecimento saudável.

## **Agradecimentos**

Agradecer a todas e todos que apoiaram o desenvolvimento de nossa intervenção; a tutora da intervenção, Dayana; o Gestor municipal e demais membros da Secretaria Municipal de saúde; ao Comitê Municipal de saúde; pessoal de enfermagem; as Agentes Comunitárias de Saúde da Unidade e demais membros da Equipe; aos usuários, familiares e a comunidade da UBS Cohab.

## Resumo

FUENTES MAGDARIAGA, Jose Enrique. **Melhoria da Atenção à Saúde do Idoso na UBS COHAB, São Francisco de Assis/RS**. 2015. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

A organização da Atenção Primária da Saúde e em especial a atenção a saúde da família é fundamental para oferecer uma atenção à saúde adequada para o usuário. Nossa intervenção pretendeu ampliar a cobertura do programa de saúde do idoso, além de melhorar a qualidade dos atendimentos e serviços prestados na ESF com um enfoque preventivo e integral e prolongar sua expectativa de vida com mais qualidade e maior autonomia. Foi necessário a sensibilização da equipe de trabalho e sua capacitação para a realização da intervenção. Foi realizado o cumprimento das diferentes ações como o cadastramento dos idosos que moram na área da abrangência, a realização das consultas com avaliação integral, incluindo a avaliação multidimensional com exame clínico apropriado, a assistência domiciliar aos idosos acamados e/ou com dificuldade na locomoção, a busca ativa dos idosos faltosos a consultas, além da avaliação de sua saúde bucal e necessidade de atendimento odontológico. No início a UBS não tinha o dado exato do total de idosos na área por isso foi necessário realizar a intervenção com a estimativa segundo o CAP. Com o intervenção conseguimos avaliar um total 245 idosos, sendo 95.3% do total de idosos da área, todos com avaliação multidimensional rápida, com exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, além da medida da sensibilidade nos membros inferiores e a solicitação de exames laboratoriais ao 100% dos idosos hipertensos e diabéticos avaliados em consulta. Foram atendidos em visitas domiciliares 20 idosos, totalizando 100% dos idosos acamados ou com problemas na locomoção, foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos idosos avaliados. Com a intervenção melhorou a organização e o preenchimento dos registros na Unidade. Enquanto a atenção odontológica, 49 idosos receberam avaliação e primeira consulta odontológica programática, sendo 20% do total de idosos. As principais dificuldades foram a diminuição da carga horaria do dentista e o tempo prolongado das consultas. Para os atendimentos diários foi priorizado o acolhimento e atendimento clínico de 100% dos idosos, fundamentalmente os de maior risco de morbimortalidade, os fragilizados na velhice ou com rede social deficiente. O trabalho desenvolvido tem muita importância para a melhoria da saúde dos idosos e a comunidade, melhorando o acolhimento, dando prioridade nos atendimentos e fazendo avaliação integral em consulta, melhorando assim a qualidade de vida para um processo de envelhecimento mais saudável. Para o serviço, melhorou o funcionamento e organização das consultas, a melhora na qualidade dos registros específicos e controle desta faixa etária, além disso, a equipe melhorou sua capacitação técnico profissional quanto a saúde dos idosos e conseguiu a união entre seus integrantes num ambiente de coleguismo e parceria.

**Palavras chaves:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Atenção à saúde de Idosos, Saúde do Idoso, Assistência Domiciliar, Saúde Bucal.

## **Lista de Figuras**

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde	57
Figura 2	Gráfico de Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	62
Figura 3	Gráfico de Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática	63

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CMM	Centro Materno do Município
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à Distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FIAS	Ficha de Atendimento Individual em saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HUSM	Hospital Universitário de santa Maria
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RS	Estado Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USG	Ultrassonografia



## Sumário

Apresentação .....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	13
2 Análise Estratégica .....	16
2.1 Justificativa .....	16
2.2 Objetivos e metas .....	18
2.2.1 Objetivo geral.....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	18
2.3.1 Detalhamento das ações. ....	19
2.3.2 Indicadores .....	42
2.3.3 Logística .....	47
2.3.4 Cronograma .....	50
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	55
4 Avaliação da intervenção.....	56
4.1 Resultados .....	56
4.2 Discussão .....	67
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	71
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	72
Referências.....	74
Anexos.....	75

## **Apresentação**

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em sete estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam a intervenção Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração da intervenção de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados dos idosos e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito o Relatório dos Resultados da Intervenção que avaliará se a mesma atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumentos de coleta de dados. Além disso, tem os relatórios para o Gestor Municipal de Saúde e o Relatório para a Comunidade que trazem os principais resultados e sua importância e mudanças positivas para unidade, para a equipe e para a população.

Por último será descrita a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

O município São Francisco de Assis tem uma população de 19.556 habitantes, situado na região centro oeste do estado do Rio Grande do Sul, conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo três delas cobertas com profissionais do Programa Mais Médicos, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e assistente social. Possui um hospital municipal com vários serviços: Cirurgia Eletiva e de Urgência conveniado pelo Sistema Único de saúde (SUS), psiquiatria, Medicina Geral, Ginecobstetricia, Plantão Médico e Atendimento de Pronto Socorro, além um Centro Materno Municipal onde se realizam as consultas de pediatria e Ginecologia do município.

O atendimento às demais especialidades médicas são encaminhadas ou agendadas para consultas no Hospital Universitário de Santa Maria, (HUSM) RS, ou no município vizinho de Santiago, com tempo de espera de semanas ou meses. Outro aspecto a considerar, é a realização dos exames complementares, pois os mesmos são feitos em dois Laboratórios Municipais, ambos conveniados pelo SUS, os quais são autorizados no fim do mês para realização no mês seguinte, não acontece assim com os exames de urgência, os quais são autorizados imediatamente ou encaminhado aos serviços do hospital.

### **1.2 Relatório de Análise Situacional**

Nossa UBS é pertencente ao município São Francisco de Assis, RS, que tem uma população aproximada de 19.556 habitantes e conta com cinco UBS, três das quais com Estratégia de Saúde da Família inseridas ao Programa Mais Médicos, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicológica e um Hospital com serviços gerais, também um Centro Materno Municipal com serviço especializados de Pediatria e Ginecobstetricia. As consultas com especialidade são feitas no Hospital Universitário de Santa Maria ou no município vizinho de Santiago. O município também conta com dois Laboratórios clínicos e quatro Farmácias Populares conveniadas com o Governo.

Nossa UBS encontra-se localizada na Vila COHAB, área urbana e atende uma população de 2.655 habitantes, distribuída em 1.400 do sexo feminino e 1.255 masculinos, com 897 famílias cadastradas, sendo que 96,76% possuem abastecimento de água através da rede pública e há coleta de lixo e 96% das famílias conta com fossa asséptica. A equipe cumpre com horário de trabalho de 40 horas semanais em dois turnos, oferta serviços de clínica médica, odontologia, vacinação, triagem, preventivos de câncer de colo de útero e de mama, curativos outros procedimentos de enfermagem incluindo nebulização. Realiza também atividades de educação preventivas com a população, enfocadas na escolha de decisão do usuário, no controle do planejamento e responsabilização pela própria saúde individual e coletiva, monitorado pelos trabalhos com diferentes grupos mensalmente, a exemplo do trabalho preventivo de saúde bucal nas duas escolas municipais de ensino fundamental, inseridas na área de abrangência, além do grupo de gestantes, hipertensos e diabéticos e grupo de idosos.

A Unidade possui boa estrutura física, construída há dois anos de acordo com as normas e diretrizes do Ministério da Saúde, boa ventilação, iluminação e climatização nas salas, com paredes e piso laváveis e sinalização visual dos diversos ambientes. O prédio é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, não tem barreiras arquitetônicas, sem escadas nem rampas, e existe cadeira de rodas à disposição dos usuários caso necessitem.

As ações da equipe são preventivas e curativas, direcionadas ao atendimento individual através das consultas agendadas ou de urgências médicas, dando maior nível de resolutividade na própria unidade, e em alguns casos há encaminhamento às unidades de pronto atendimento ou outras especialidades médicas. Também são realizadas visitas domiciliares aos usuários impossibilitados de ir até a unidade de

saúde, onde além das consultas são realizados curativos, vacinas, entrega de medicamentos, etc. Há também na UBS atividades de prevenção e promoção de saúde com grupos de usuários: grupo de adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, idosos, planejamento familiar e pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, puericultura e saúde bucal.

A equipe realiza reunião de trabalho semanalmente, discutindo a agenda de trabalho da semana e do mês, a organização do processo de trabalho, o cumprimento das diferentes atividades programadas e sua qualidade, o monitoramento e análise dos principais indicadores, bem como discussão de casos clínicos. Nas reuniões, estão presentes os apoiadores da atenção básica da secretaria estadual de saúde.

A equipe de trabalho está composta por 13 membros: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicas em enfermagem, 1 Dentista, 1 Auxiliar de Dentista, 5 Agentes Comunitárias, 1 Recepcionista e 1 Auxiliar de Serviço. As estratégias da equipe para melhorar a qualidade da saúde da população são continuar o cadastramento das famílias e indivíduos, atualizar os registros para cada grupo populacionais assim como o agendamento das consultas e melhorar a resolatividade dos atendimentos de urgências, além de incrementar as ações de prevenção e promoção em saúde.

O acolhimento da população acontece de forma organizada, primeiro são atendidos pela recepcionista, tem prioridade os usuários idosos, logo são avaliados pela enfermeira em sala de triagem, ela organiza os atendimentos: em curativos, preventivos, vacinas, ou consultas medicas, toma PA, Hemoglicoteste (HGT), sinais vitais, etc., o atendimento à demanda espontânea também acontece de forma organizada, as urgências são atendidas de fato na própria UBS, e as outras são agendadas para consultas medicas. Diariamente, são feitas entre 12 e 15 consultas em cada sessão de trabalho. O excesso de demanda (casos não agudos) é agendado para atendimento na outra sessão ou encaminhados a outra unidade de saúde com a prévia coordenação entre as unidades de saúde. As principais dificuldades no acolhimento é o excesso de demanda, às vezes, aos mesmos usuários poli queixosos, ou para renovação de receitas médicas.

Sobre o atendimento de crianças de 0 a 72 meses, as atividades não seguem por completo as prerrogativas do Ministério da Saúde. Os atendimentos de consulta em sua maioria são feitos pelos pediatras no Centro Materno Municipal (CMM). Na UBS são atendidas somente crianças com alguma doença ou ocorrências agudas, avaliadas e tratadas adequadamente ou encaminhadas a este serviço de pediatria.

Não existe protocolo, registro específico para o controle das ações destes usuários, nem referência das consultas realizadas no Centro, impossibilitando a continuidade das ações e dos tratamentos feitos pelos pediatras. As ações na UBS se resumem a algumas ações preventivas nas escolas, cumprimento do esquema de vacinas e atividades de saúde bucal.

No tocante ao pré-natal e puerpério, existe um universo de 734 mulheres em idade fértil, a forma de registro da unidade não permitiu completar os indicadores de qualidade do Caderno de Ações Programáticas. Não existe controle efetivo de ações neste grupo, e as consultas de pré-natal são feitas por especialistas do CMM. A equipe realiza visitas domiciliares a algumas gestantes, puérperas e recém-nascidos de forma assistemática. Ainda não temos sistema de contra referência que dos atendimentos realizados no CMM para estas usuárias. No momento, temos 12 gestantes (28% de cobertura) da área realizando pré-natal, provavelmente um dado bem distante da realidade atual.

Referente ao programa para a prevenção de câncer de colo uterino e de mama, a equipe utiliza o protocolo do Ministério da Saúde. Os preventivos são realizados todas as semanas segundo cronograma, e as amostras são examinadas em laboratório conveniado de outro município. As mamografias e ultrassonografias (USG) são indicadas nas consultas médicas ou de enfermagem, e os casos positivos são encaminhados ao CMM. O registro de atividades é construído de forma organizada, mas sua forma não permite ter o controle nominal de todas as mulheres dentro do programa. O controle do programa não é total, pois algumas mulheres recebem atendimento na rede privada e as informações não são repassadas à equipe e UBS.

A atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus acontece de maneira espontânea, e não contamos com registro adequado para este grupo segundo o CAP. Os usuários são atendidos segundo necessidade pessoal, sem programação ou agendamento. A equipe deverá trabalhar para que os usuários com estas doenças tenham a consulta programada além da atualização dos registros específicos na Unidade. Igualmente ao pré-natal e puerpério, este foco também necessita de atenção especial por parte da equipe.

Não muito diferente da realidade acima, a atenção à saúde do idoso não segue protocolo de atendimento e não possui registro sistemático de atividades. Nesta faixa etária, acontecem o maior número de consultas referentes às dislipidemias, a

hipertensão arterial e diabetes mellitus. Não há avaliação geriátrica multidimensional, nem caderneta do idoso. Os atendimentos ocorrem em sua maioria por atendimento de problema agudo, com registro no prontuário clínico e ficha de atendimento individual. Inexiste planejamento e monitoramento de ações específicas.

Com relação à saúde bucal as atividades acontecem todos os dias da semana, segundo cronograma de grupos específicos (crianças, escolares, gestantes e idosos), além de outras atividades educativas nas escolas. É necessário melhorar o registro das ações e serviços desenvolvidos, objetivando o aumento dos indicadores de qualidade.

Consideramos que os maiores desafios que nossa UBS apresenta é realizar o cadastramento da totalidade da população da área de abrangência e ofertar atendimentos com maior qualidade, além de melhorar os registros dos diferentes grupos populacionais, com um adequado planejamento, o registro e controle das ações e processos de trabalho efetivadas; melhorar a percepção do risco e adoecimento das pessoas, além do aumento das atividades e ações coletivas; elevar o desenvolvimento da autonomia dos idosos e facilitar modos e estilos de vida mais saudáveis, para ele temos as estimativas do Caderno de Ação Programática e questionários, algumas ações sofreram mudanças como a atenção a saúde dos idosos, outros melhoraram nos registros como a atenção na prevenção ao câncer de colo de útero e de mamas o outras também melhoram exemplo a contra referência dos atendimentos feitos pelas especialidades de Gineco-obstetrícia e Pediatria.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O texto inicial carecia de elementos e questões objetivas relacionados com o atendimento a este grupo, ainda sim ações específicas para o grupo e faixa etária, com a expectativa de melhorar algum aos poucos a qualidade de registro e atendimento aos idosos na Área de Abrangência, há neste relatório contamos com elementos e ações específicas além da motivação da equipe de saúde para realizar as mudanças, também as informações estão muito mais completas e complexas, vejo isso com um aspecto positivo, isto mostra que particularmente cresci intelectualmente desde o início das atividades. Contudo o relatório da análise situacional está mais completo, melhor formulado e escrito, tendo um aprofundamento teórico, além de

descrever melhor as ações de referência e contra referências, exames, média e alta complexidade, citar a pirâmide da faixa etária do município.

Uma estrutura física bem planejada e adequada influencia no prazer durante o trabalho, facilitando o cotidiano. Por exemplo, ter uma sala de reuniões provoca nos profissionais a vontade realizar cursos, reuniões, capacitações. Ter uma sala de procedimentos adequada e materiais suficientes de boa qualidade faz com que o profissional faça aquela tarefa com mais cuidado e biossegurança. Com relação ao trabalho da equipe, ter materiais e equipamentos adequados melhora a qualidade na assistência prestada ao usuário além de um maior nível de resolutividade dos processos na ESF e assim evitar encaminhamentos às vezes desnecessários.

A análise situacional foi muito importante para perceber a realidade em que a UBS está inserida, após esta reflexão percebeu-se o quão é válido reservar um tempo do dia do trabalho para registrar as tarefas realizadas, manter os dados atualizados, gerar relatórios e sistematizar as ações.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

No Brasil, o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do sistema Único de saúde (SUS), por meio da lei orgânica da saúde. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime aos serviços e ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção (BRASIL, 2006). A organização da rede de atenção é fundamental para que as diretrizes dessa política sejam plenamente alcançadas, com o objetivo de proporcionar uma atenção à saúde adequada e digna para o usuário. No caso da pessoa idosa, pretende-se recuperar, manter e promover a autonomia e a independência destes usuários, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2010).

A unidade de saúde COHAB, do município São Francisco de Assis-RS, recentemente remodelada, conta com boa estrutura e conforto para o acolhimento das pessoas, não apresenta barreiras arquitetônicas e as salas de atendimento possuem boa climatização, higiene e iluminação. A equipe de trabalho é constituída por médico, enfermeira, técnica em enfermagem, dentista e auxiliar de dentista, e cinco agentes comunitários. A área de saúde tem um total de 2.655 pessoas, sendo 257 idosos, 117 homens e 128 mulheres. O objetivo da intervenção é melhorar a atenção da saúde dos idosos de forma integral, melhorar os registros clínicos, através da aplicação das ferramentas de trabalho clínicas e avaliação de saúde bucal e atendimento odontológico.

O acolhimento aos idosos nossa unidade acontece espontaneamente, não temos um programa de agendamento para realização das consultas programadas. Anterior a nossa chegada a UBS os atendimentos do médico

aconteciam duas vezes a semana, atualmente as consultas são feitas diariamente e de maneira prioritária para os idosos em cada sessão de trabalho, igual acontece para os demais serviços oferecidos na Unidade e as visitas domiciliares.

Acreditamos possível o cadastramento da maioria dos idosos da área adstrita, a melhora na qualidade nos atendimentos clínicos, com exame físico dos pés e exploração dos pulsos e sua sensibilidade, além da solicitação de exames complementares em cada consulta e realização da primeira consulta odontológica programática, também a melhora na qualidade dos registros médicos da Unidade e o acréscimo das atividades de promoção em saúde voltadas à melhora no trabalho com grupos de hipertensos e diabéticos e as orientações relacionadas a prática regular de atividades físicas regulares, hábitos alimentares saudável e higiene bucal e de próteses dentárias.

Acreditamos que a intervenção é importante para a UBS e comunidade porque a área apresenta uma população envelhecida que vai crescendo a cada dia, por isso nosso objetivo melhorar a qualidade nos serviços oferecidos e prolongar a expectativa de vida dos idosos, com mais qualidade e maior autonomia, começando com a sensibilização da equipe nesta nova ação, aproveitando as reuniões de equipe para melhorar a capacitação técnico profissional, incluindo a melhora na qualidade dos registros de saúde da Unidade.

A equipe mostra interesse na aplicação da intervenção e as agentes comunitárias tem completado o cadastramento da população alvo, além da atualização dos registros de atendimentos individuais em dia. Penso que as principais dificuldades a encontrar na implementação da intervenção e realização dos exames complementar em dia a todos os idosos cadastrados e realizar, por enquanto, uma consulta odontológica a 100% dos idosos no tempo previsto. Os aspectos que poderiam melhorar com a intervenção primeiro está a organização e cadastramento da população alvo, a programação e agendamentos das consultas, a melhora na qualidade das consultas medicas, a assistência domiciliar aos idosos com problemas na locomoção ou acamados e a melhora no atendimento odontológico.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde do Idoso na UBS COHAB, São Francisco de Assis/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

A intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família USF COHAB, no Município de São Francisco de Assis, RS. Participarão 257 idosos, deles 117 homens e 128 mulheres.

### **2.3.1 Detalhamento das ações.**

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso;

Meta 1.1 - Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde periodicamente (pelo menos mensalmente).

Detalhamento: Será monitorado semanalmente a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde mediante os registros de atendimentos.

#### Organização e gestão do serviço

Ações: Acolher os idosos; cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde e atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: Primeiramente, será realizado um levantamento dos idosos que moram na área da abrangência da unidade através das agentes comunitárias, agendando as consultas de aproximadamente cinco idosos em cada sessão de trabalho e o preenchimento adequado dos registros de atendimentos.

#### Engajamento público

Ações: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde e informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Será informado aos usuários sobre a importância do acompanhamento dos idosos na Unidade de saúde periodicamente. Serão aproveitadas as dinâmicas e terapias grupais efetivadas mensalmente, assim como a solicitação das visitas domiciliares dos idosos acamados ou com dificuldade para movimentar-se, além do acompanhamento pelas agentes comunitárias no domicílio dos idosos com maior risco de fragilidade ou risco social.

#### Qualificação da prática clínica

Ações: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos; capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum

serviço e capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: Serão aproveitadas as reuniões da equipe semanalmente para capacitar as agentes comunitárias e demais membros nas diferentes ações a realizar na intervenção.

Objetivo 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida aos idosos cadastrados da área de abrangência.

Meta 2.1: Será realizada a Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos cadastrados da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde nas consultas.

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde

Detalhamento: Serão monitorados os prontuários de saúde a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

#### Organização e Gestão do Serviço

Ações: Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria, Tabela de Suelen...). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

Detalhamento: Será garantido em consulta os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropometria, Tabela de Suelen...) e definido em reunião da equipe de saúde as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável além

compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: Será orientada a comunidade através das agentes comunitárias e nas consultas clínicas a importância das avaliações integrais e o diagnóstico precoce de doenças e riscos além do tratamento oportuno das mesmas, e compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer seu autocontrole e diminuir riscos de recaídas.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas nas reuniões da equipe para capacitar aos profissionais de acordo com o protocolo adotado pela UBS, além de proporcionar treinamento para o preenchimento correto e aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, também a possibilidade de encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Objetivo 2.2: Realizar exame clínico apropriado nas consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será monitorado em cada consulta a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, segundo o protocolo, incluindo o exame físico dos pés, palpação dos pulsos e medida da sensibilidade em cada consulta.

#### Organização e Gestão dos serviços:

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

Detalhamento: Será aproveitada nas reuniões da equipe as atribuições de cada membro no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Será garantida com o apoio das agentes comunitárias, a busca ativa dos idosos faltosos ou que não realizaram exame clínico apropriado. Será organizado diariamente a agenda de trabalho para o acolhimento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Será garantida e exigida a referência e contra referência dos usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades com o hospital e demais serviços especializados, precisando trazer a contra referência nas próximas consultas.

#### Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão aproveitados os diferentes meios de comunicação e os contatos com a comunidade pelos membros da equipe para esclarecer e orientar os usuários quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente cada consulta médica.

#### Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas semanais numa reunião de equipe para capacitar aos membros na realização de exame clínico apropriado



e o registro adequado dos procedimentos clínicos em cada consulta, nos prontuários e fichas espelhos.

Objetivo 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos aos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Meta 2.3: Será realizada a solicitação de exames complementares periódicos em 100 % dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será avaliada nas consultas de Triage e consultas médicas o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Organização e gestão do serviço:

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será garantida em cada consulta a solicitação dos exames complementares preconizados para cada patologia aos idosos, além de solicitado ao gestor municipal a garantia dos recursos necessários e agilidade para a realização dos mesmos. Será acompanhado periodicamente a não realização dos exames complementares solicitados através dos registros.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Detalhamento: Serão orientados os usuários e a comunidade através das consultas médicas e agentes comunitárias quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

#### Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Será aproveitado numa reunião de equipe duas horas para capacitar aos membros para seguir o protocolo adotado para solicitação de exames complementares.

Objetivo 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos idosos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

#### Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Detalhamento: Será priorizado e monitorado a prescrição e acesso dos medicamentos da rede básica de saúde e farmácias populares/ Hiperdia pelos idosos através dos registros.

#### Organização e gestão do serviço:

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira realizará semanalmente controle de estoque dos medicamentos disponibilizados na Unidade para realizar os atendimentos, além de manter um registro atualizado das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Serão aproveitados os diferentes meios de comunicação e as visitas domiciliares para orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito

de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes além de capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia:

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de equipe para capacitar aos profissionais quanto a atualização no tratamento da hipertensão e/ou diabetes, podendo se utilizar meios virtuais e outras bibliografias, além de aproveitar o estudo individual. Além de capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Objetivo 2.5: Cadastrar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Detalhamento: Será realizado o cadastramento e acompanhamento periódico através das agentes comunitárias de saúde dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, sendo registrado o número.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Detalhamento: Será garantida a atualização periódica do registro na Unidade dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Será divulgado na comunidade através dos diferentes meios e por meio das ACS sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso na Unidade, tendo prioridade os idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de equipe para capacitar as ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

Objetivo 2.6: Realizar visita domiciliar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.6: Definir a sexta feira como o dia para realizar as visitas domiciliares ao 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será realizado monitoramento semanal da realização das visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Será organizada a agenda para realizar as sextas feiras as visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção pela equipe de saúde.

Engajamento público:

Ações: Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Detalhamento: Os familiares e comunidade serão informados sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar e a necessidade de realizar assistência domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e dos casos que necessitam de visita domiciliar.

Detalhamento: Será orientado e controlado em reunião da equipe pelos ACS, a atualização do cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e dos casos que necessitam de assistência domiciliar.

Objetivo 2.7: Rastreamento dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na área de abrangência.

Meta 2.7: Rastrear 100 % dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na área de abrangência.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será monitorado periodicamente os registros e prontuários de atendimentos e número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, ao menos anualmente e confirmar os agendamentos para as próximas consultas.

Organização e gestão do serviço:

Ações: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Será garantida a melhora do acolhimento na unidade para os idosos portadores de HAS, garantindo material adequado para a tomada da

medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) em cada consulta.

Engajamento público:

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade além dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Detalhamento: Será orientado frequentemente os usuários e a comunidade nas consultas médicas e através dos trabalhos grupais e ações educativas sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, além dos fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de equipe para capacitar os profissionais sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Objetivo 2.8. Rastrear aos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e para Diabetes Mellitus (DM) cadastrados na intervenção.

Meta 2.8: Será realizada triagem de forma criteriosa a 100 % dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e para Diabetes Mellitus (DM) cadastrados na intervenção, incluindo aos idosos acamados ou com problemas de locomoção nas visitas domiciliares.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Detalhamento: Será pesquisado em consulta e visitas domiciliares, os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente. Também serão atualizados os registros da Unidade.

Organização e gestão do serviço:

Ações: Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde e criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

Detalhamento: Será priorizado na Unidade o acolhimento para os idosos portadores de DM, garantindo material adequado, incluindo fitas e material descartável para realização do hemoglicoteste, além de sinalizar no prontuário com tinta vermelha sistema de alerta para indicador do idoso com hemoglicoteste alterado.

Engajamento público:

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

Detalhamento: Será divulgada e orientada a comunidade através das consultas médicas e as ACS sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM de forma permanente.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas em uma reunião de equipe para capacitar os profissionais para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Objetivo 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos idosos cadastrados na intervenção.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos idosos cadastrados na intervenção.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Detalhamento: Será organizada a agenda de trabalho do dentista de forma que possa, em cada sessão de trabalho, monitorar e avaliar a necessidade de tratamento odontológico de idosos, ao menos dois em cada consulta.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar o acolhimento e cadastramento dos idosos no departamento de Odontologia, além de organizar agenda de trabalho para seu atendimento prioritário em cada sessão de trabalho.

Detalhamento: Será organizada a agenda de trabalho do dentista de forma que possa oferecer o acolhimento, cadastramento e consultas diárias aos idosos em cada sessão de trabalho.

Engajamento público:

Ação: Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

Detalhamento: Será informada a comunidade através das ACS sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos periodicamente.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de equipe para capacitar os profissionais sobre realizar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos cadastrados.

Objetivo 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica aos idosos cadastrados na intervenção.



Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100 % dos idosos cadastrados na intervenção.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Será monitorado pela técnica de dentista, semanalmente, o número de idosos cadastrados na Unidade e em acompanhamento odontológico no período.

Organização e gestão do serviço:

Ações: Organizar diariamente o acolhimento a idosos na unidade de saúde, monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência e organizar a agenda de saúde bucal para atendimento o atendimento prioritário dos mesmos.

Detalhamento: Será organizado, diariamente, na Unidade o acolhimento dos idosos, monitorada a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência e organizada a agenda de saúde bucal para atendimento ao menos de dois idosos em cada sessão de trabalho.

Engajamento público:

Ações: Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer sobre a necessidade da realização de exames bucais e escutar sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Manter informados os usuários e a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral. Será esclarecido sobre a necessidade da realização de exames bucais periodicamente através das ACS.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, seu cadastramento, identificação e encaminhamento para o serviço

odontológico. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de trabalho para capacitar os membros da equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, seu cadastramento, identificação e encaminhamento para o serviço odontológico. Igualmente, será capacitado o cirurgião dentista para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos cadastrados.

Objetivo 3.1: Busca ativa dos idosos faltosos às consultas programadas.

Meta 3.1: Busca ativa de 100 % dos idosos faltosos às consultas programadas.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: O médico monitorará semanalmente o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Serão organizadas, semanalmente, em reunião de equipe, as visitas domiciliares para busca ativa dos idosos faltosos e organizada a agenda de trabalho para acolher e engajar os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público:

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A comunidade será informada através das ACS e demais membros da equipe sobre a importância do acompanhamento médico na UBS

periodicamente, bem como sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. As lideranças comunitárias e familiares também serão informados sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de equipe para treinar as ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4.1. Manter registro específico das pessoas idosas.

Meta 4.1. Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira monitorarão, semanalmente, o preenchimento e a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Organização e gestão do serviço:

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.

Detalhamento: Será preenchido corretamente em cada consulta as informações do SIAB e mantidas atualizadas diariamente, bem como será implantada planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos na Unidade.

#### Engajamento Público:

Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Manter orientado os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde atualizados e acesso a segunda via, se necessário, em consultas e visitas segundo critério do médico.

#### Qualificação da prática clínica:

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de trabalho para treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos idosos na UBS.

Objetivo 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a os usuários cadastrados.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

#### Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Serão distribuídas as cadernetas em cada consulta, além de ser monitorado o preenchimento e registros dos dados corretamente, periodicamente.

#### Organização e gestão do serviço:

Ação: Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para cada idoso cadastrado pela intervenção.

#### Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Será orientado, permanentemente em consultas, visitas e grupos, os idosos e a familiares sobre a importância de portar a caderneta de saúde quando for consultar na UBS ou outros níveis de atenção.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de equipe para capacitar aos profissionais no preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Objetivo 5.1: Rastrear as pessoas idosas da área de abrangência para risco de morbimortalidade.

Meta 5.1: Rastrear 100 % das pessoas idosas da área de abrangência para risco de morbimortalidade.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.

Detalhamentos: Será realizado monitoramento, semanalmente, com apoio das ACS, do número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência, além de priorizar as visitas domiciliares a eles.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.

Detalhamento: Será priorizado, diariamente, em cada consulta o acolhimento e atendimento aos idosos de maior risco de morbimortalidade.

Engajamento público:

Ação: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Detalhamento: Os idosos serão orientados em cada consulta sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Detalhamento: Serão aproveitadas duas horas de uma reunião de equipe para capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

Objetivo 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice nas pessoas idosas.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100 % das pessoas idosas.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Será monitorado, semanalmente, o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice e orientar a seus familiares. Realizar visitas domiciliares pelas ACS periodicamente.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Priorizar o atendimento idosos fragilizados na velhice.

Detalhamento: Será priorizado, diariamente, em cada consulta o atendimento aos idosos fragilizados na velhice.

Engajamento Público:

Ação: Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente.

Detalhamento: Os idosos fragilizados e familiares serão orientados sobre a importância do acompanhamento mais frequente pela equipe de saúde em todos os espaços.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Detalhamento: Serão capacitados, em uma reunião de equipe, os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

Objetivo 5.3: Avaliar a rede social dos idosos cadastrados na intervenção.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100 % dos idosos cadastrados na intervenção.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, além dos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Será monitorada, semanalmente, com o apoio das ACS a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS, além dos idosos com rede social deficiente e sua avaliação pelo NASF.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Facilitar o agendamento e a visita domiciliar a idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Será facilitada, semanalmente, o agendamento e as visitas domiciliares pela equipe de saúde e NASF aos idosos com rede social deficiente.

Engajamento Público:

Ações: Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Será orientado através das ACS, os idosos, familiares e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde, bem como será estimulado na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa através de trabalho com grupos e redes sociais de apoio.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: Será capacitada a equipe em reunião de trabalho para avaliar a rede social dos idosos em sua comunidade.

Objetivo 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis das pessoas idosas.

Meta 6.1: Oferecer orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas avaliadas em consultas ou visitas domiciliares, além de encaminhamento para o NASF se precisarem.

Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos e o número de idosos com obesidade / desnutrição.

Detalhamento: Será monitorada, semanalmente, a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos cadastrados, além da avaliação do número de idosos com obesidade / desnutrição e sua avaliação em consulta.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Será definido em reunião de equipe o papel dos membros para oferecer orientação nutricional aos idosos para hábitos alimentares saudáveis.

Engajamento público:

Ação: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Detalhamento: Será orientado, permanente, através das visitas comunitárias e consultas os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.

Qualificação da prática clínica:



Ações: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Além para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Serão capacitados em reunião de trabalho, os membros da equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável", bem como para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos, contando com o apoio da nutricionista do município.

Objetivo 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física aos idosos cadastrados.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100 % dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos, além realizar atividade física regular.

Detalhamento: Será avaliada regularmente a orientação de realizar atividade física regular para todos os idosos e a atividade física regular, auxiliando a partir de dinâmicas nos grupos de idosos mensalmente na Unidade.

Organização e gestão do serviço:

Ações: Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.

Detalhamento: Será definido em reunião de trabalho o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular e solicitado ao gestor municipal apoio nas parcerias institucionais para realização de atividade física.

Engajamento público:

Ação: Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Serão orientados, permanentemente, os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular, contando com o apoio das ACS e as orientações em cada consulta.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.

Detalhamento: Será aproveitada reunião de trabalho para capacitar a equipe na orientação aos idosos sobre a realização de atividade física regular de forma sistemática.

Objetivo 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) aos idosos cadastrados.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100 % dos idosos cadastrados.

Monitoramento e avaliação:

Ação: Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Serão monitoradas, permanentemente, as atividades educativas individuais oferecidas aos idosos em cada consulta.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será definido o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público:

Ação: Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Serão oferecidas orientações, permanentemente, aos idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Qualificação da prática clínica:

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Será capacitada a equipe em reunião de trabalho para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 60%.

Indicador 1: Cobertura do programa de Atenção à saúde do idoso na unidade básica de saúde.

Numerador 1: Número de idosos cadastrados no programa

Denominador 1: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo: 2 Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1: Proporção de Idosos com Avaliação Multidisciplinar Rápida em dia

Numerador 2.1: Número de idosos com Avaliação Multidisciplinar Rápida em dia.

Denominador 2.1: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de Idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador 2.2: Número de Idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador 2.2: Número de Idosos cadastrados no programa pertencente a área de abrangência.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100 % dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Indicador 2.3: Proporção de Idosos com hipertensão e/ou diabetes com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador 2.3: Número de Idosos com hipertensão e/ou diabetes com exames complementares em dia.

Denominador 2.3: Número de Idosos Cadastrados no Programa da área de abrangência.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4: Proporção de Idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Numerador 2.4: Número e Idosos com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus com prescrição e uso de medicamentos da farmácia popular.

Denominador 2.4: Número de idosos com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus cadastrados da área de abrangência.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5: Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador 2.5: Número de Idosos acamados ou com problema de locomoção.

Denominador 2.5: Número de idosos cadastrados no programa da área de abrangência.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador 2.6: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção visitados.

Denominador 2.6: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados na área de abrangência.

Meta 2.7: Rastrear 100 % dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na área de abrangência.

Indicador 2.7: Proporção de Idosos rastreados para Hipertensão com consulta em dia.

Numerador 2.7: Número de Idosos com HAS cadastrados.

Denominador 2.7: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Meta 2.8: Rastrear 100 % dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) cadastrados na intervenção.

Indicador 2.8: Proporção de Idosos Hipertensos e ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador 2.8: Número de idosos com HAS sustentada maior de 135/80 mm de Hg para DM cadastrados.

Denominador 2.8: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos idosos cadastrados na intervenção.

Indicador 2.9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico.

Numerador 2.9: Número de Idosos com necessidade de atendimento odontológico cadastrado.

Denominador 2.9: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100 % dos idosos cadastrados na intervenção.

Indicador 2.10: Proporção de Idosos com primeira consulta Odontológica Programática.

Numerador 2.10: Número de Idosos com primeira consulta odontológica realizada cadastrados no programa.

Denominador 2.10: Número de Idosos com necessidade de consulta Odontológica cadastrados no programa da área de abrangência.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Busca ativa do 100 % dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1: Proporção de Idosos faltosos a consulta que receberam busca ativa.

Numerador 3.1: Número de Idosos faltosos a consultas programadas buscados pela Unidade.

Denominador 3.1: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1: Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador 4.1: Número de idosos com Registro Especifico em dia.

Denominador 4.1: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2: Proporção de Idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.

Numerador 4.2: Número de Idosos com Caderneta de saúde em dia.

Denominador 4.2: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100 % das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1: Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador 5.1: Número de Idosos com risco de morbimortalidade cadastrados.  
Denominador 5.1: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100 % das pessoas idosas.

Indicador 5.2: Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador 5.2: Número de Idosos com Indicadores de fragilização na velhice.

Denominador 5.2: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100 % dos idosos cadastrados na intervenção.

Indicador 5.3: Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador 5.3: Número de Idosos com rede social avaliada.

Denominador 5.3: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1: Proporção de Idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador 6.1: Número de idosos com orientação Nutricional para hábitos alimentares saudável.

Denominador 6.1: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100 % dos idosos.

Indicador 6.2: Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador 6.2: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador 6.2: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100 % dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3: Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador 6.3: Número de idosos com orientações sobre higiene bucal.

Denominador 6.3: Número de Idosos cadastrados na intervenção da área de abrangência

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos idosos vamos adotar o Manual Técnico de Atenção aos Idosos do Ministério de Saúde de 2006. Utilizaremos o prontuário clínico, o SIAB e o Registro de Atendimento Individual da unidade para a coleta de dados. Estes registros não preveem a coleta de informações sobre o acompanhamento de saúde bucal, exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, palpação dos pulsos avaliação da sensibilidade além de realizar exames complementares periódicos e outros dados relativos de morbimortalidade de interesse. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será solicitado apoio ao gestor municipal para dispor, aproximadamente, trezentas fichas impressas que serão anexadas aos prontuários clínicos dos idosos em cada consulta. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a Planilha eletrônica também disponibilizada pelo curso para a coleta de dados.

Para realizar Avaliação Multidimensional Rápida e presença de indicadores de fragilização na velhice a 100% dos idosos da área de abrangência utilizaremos como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde. Estas serão feitas pelos profissionais da equipe nas consultas médicas ou visitas domiciliares, com previa capacitação dos mesmos na reunião de equipe semanal. O rastreamento e cadastramento dos idosos com Hipertensão Arterial



Sistêmica e Diabetes mellitus nas consultas e a realização do exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos serão feitos pelo médico e enfermeira.

Em cada consulta o doutor realizará a solicitação e avaliação dos exames complementares periódicos aos usuários avaliados, principalmente aos idosos hipertensos e diabéticos da área, assim como priorizará a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos idosos consultados. As agentes comunitárias e enfermagem garantirão o cumprimento destas orientações pelos idosos em sua comunidade periodicamente. Cadastrar e visitar no seu domicílio 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Esta ação será realizada pelos ACS, médico e enfermagem, para isto será necessário utilizar uma hora das consultas da tarde para realizar as visitas domiciliares.

Organizar a agenda de saúde bucal para atendimento priorizado dos idosos e realizar primeira consulta programática, além de garantir as orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) a todos os idosos cadastrados.

A busca ativa dos idosos faltosos às consultas serão realizadas pelas ACS para 100% dos idosos cadastrados. As Cadernetas de Saúde serão preenchidas em cada consulta, orientando-lhes a importância de assistir com ela a cada consulta que realizarem. Também serão oferecidos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e a realização para a prática regular de atividade física a 100% idosos cadastrados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os idosos que vieram a consulta de medicina geral nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consulta em atraso exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

A Análise Situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de atenção ao idoso, para que toda e equipe utilize esta referência na atenção ao idoso. Esta capacitação ocorrerá na

própria UBS, para isto serão duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe. Cada membro da equipe estudara uma parte do manual técnico e exporá o contendo aos outros membros.

A estruturação do acolhimento aos idosos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Os usuários com algum problema agudo serão cadastrados e atendidos na mesma sessão de trabalho e com problema não agudo serão agendados para a mesma semana, não mais de três dias para agilizar o tratamento e sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrência aguda não há necessidade de alterar a organização da agenda, estes serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar aos idosos provenientes da busca ativa serão reservadas dez consultas por semana

Para as ações de engajamento público, a equipe de trabalho fará contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e das igrejas da área de abrangência e apresentaremos a intervenção esclarecendo a importância da atenção diferenciada aos idosos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar o cadastramento dos idosos e a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Utilizaremos também a caixa de opiniões localizada nossa UBS para o atendimento das critérios e queixas da população, além de aproveitar as emissoras de rádio locais para divulgar as diferentes ações realizadas e educativas coletivas, apresentando também a intervenção ao gestor de saúde, solicitando seu apoio logístico e apresentação dos resultados da intervenção.

Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas espelhos dos idosos, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais, ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os idosos em atraso. Estimam-se cinco idosos em cada sessão de trabalho, totalizando 40 idosos por semana. Ao fazer a busca já se agendará o idoso para um horário de sua conveniência e ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Uma das primeiras atividades para o começo da Intervenção foi capacitar aos membros da Equipe de acordo com o Protocolo adotado, aproveitando as reuniões realizadas semanalmente, inserindo os membros na intervenção e a nova forma de atendimento integral aos idosos. Foi informada a Secretaria Municipal de Saúde e solicitado seu apoio quanto ao complemento do material necessário para efetivar a ação. Também foi informada a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso nessa Unidade e sua importância de que realizarem acompanhamento e os benefícios de realizá-lo na UBS, principalmente aos fragilizados na velhice.

Cada semana foi organizada a agenda de trabalho para acolher aos idosos de forma prioritária, incluindo os provenientes da busca ativa, diminuindo assim o tempo de espera para as consultas médicas, incluindo o exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares além foram oferecidas orientações educativas em cada consulta e prescrição de medicamentos da farmácia popular de forma prioritária.

#### **O preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.**

Foram preenchidos corretamente todos os registros necessários para o correto acompanhamento dos idosos, as Fichas Espelho, Planilhas de Coleta de dados, prontuários clínicos, além disso, foram atualizados os registros específicos da Unidade para os portadores de HAS e Diabetes Mellitus, incluindo a Caderneta de Saúde dos idosos.

**Contato com os líderes da comunidade para apresentar a intervenção e sua importância, solicitando seu apoio nas estratégias que serão implementadas.**

Tivemos vários contatos com o Conselho de saúde e a comunidade para apresentar-lhes a intervenção, explicar-lhes a importância e a prioridade para os atendimentos aos idosos da área, principalmente aqueles com problemas de locomoção ou acamados e fragilizados na velhice. Além de explicar os benefícios de realizar o acompanhamento mais perto do usuário, também foi solicitado seu apoio na divulgação do programa e na busca ativa dos idosos faltosos as consultas ou não cadastrados no programa, além seu apoio nas novas estratégias que serão implementadas na Unidade de saúde.

**Avaliação da necessidade de atendimento odontológico e avaliação da saúde bucal do idoso.**

Esta ação foi cumprida parcialmente, sendo as principais causas a redução da carga horária do dentista, coincidindo seu período de férias, o cumprimento de outras atividades voltadas ao ensino, além do tempo específico para os procedimentos como exodontias e controle da Pressão Arterial em casos específicos. Acho que a necessidade de atendimento teve que ser feita em outra consulta pela assistente do dentista e ter acrescentado o número dos agendamentos para cada turno de trabalho, além da prolongação do tempo médio destas consultas.

**Monitoramento das ações da intervenção.**

A cada semana foi monitorada e avaliado o cumprimento das ações previstas e o preenchimento correto dos documentos, planilha de coleta de dados, os registros de atendimento individual, incluindo FIAS e a caderneta de saúde da pessoa idosa. Aproveitando as reuniões da equipe para falar sobre as ações desenvolvidas e dificuldades apresentadas até esse momento, foi criado um caderno de registro dos idosos avaliados em consulta possibilitando monitorar os acompanhamentos e traçar estratégias.

**Reuniões de equipe.**

As reuniões de equipe foram realizadas todas as semanas, com a participação ativa dos membros, avaliando as principais dificuldades achadas na semana e as possíveis soluções para o bom desenvolvimento da intervenção.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

A intervenção foi prevista para ser desenvolvida ao longo de dezesseis semanas, porém foi reduzido a doze semanas por orientações do curso, mas todas as ações previstas na intervenção de Intervenção foram desenvolvidas com qualidade. Algumas ações foram cumpridas integralmente e outras parcialmente, por exemplo, a avaliação de necessidade de atendimento e primeira consulta programática para 100% dos idosos, foram as principais causas o período de férias do profissional, o cumprimento de outras atividades voltadas ao ensino, além do tempo prolongado nestas consultas o que dificultou melhorar o indicador.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Nossa equipe não teve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, pois os registros foram preenchidos de forma correta, cumprindo cada membro da equipe com sua função e monitorado periodicamente o preenchimento dos diferentes documentos. As ACS realizaram as buscas ativas e fizeram o preenchimento da ficha designada para elas, o enfermeiro foi responsável pelos registros da Avaliação Multidimensional Rápida em dia, as triagens, e preenchimento dos dados nas cadernetas de saúde, eu fiquei responsável pelos atendimentos clínicos, a solicitação e avaliação dos exames, encaminhamentos, as visitas domiciliares aos acamados, monitoramento e controle dos registros. Quanto ao fechamento da Planilha de Coleta de dados e cálculo dos indicadores também não tivemos problemas, os cálculos e os indicadores refletem os resultados do cumprimento das diferentes ações desenvolvidas na intervenção.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Nossa equipe manteve-se unida na realização das ações previstas durante o desenvolvimento da intervenção, incorporando cada uma das ações previstas a rotina diária do serviço, mesmo que tenhamos finalizado a coleta de dados para o TCC, cada dia continuamos cadastrando e acompanhando nossa consulta idosos que não tinham acompanhamento na Unidade, observando-se que a população alvo é superior a estimativa do Caderno de Ações Programática.

Dentre os aspectos que deverão ser melhorados, está a organização da agenda dos atendimentos do dentista para aumentar os atendimentos a esta faixa etária, e seu acompanhamento odontológico no período, além da solicitação de apoio com transporte pela secretaria municipal de saúde para a realização das visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 100%.

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde UBS COHAB, Município São Francisco de Assis para 60%.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao idoso na unidade de saúde UBS COHAB

A intervenção realizada na ESF COHAB tratou da melhoria na atenção dos idosos da área de abrangência. Segundo dados da Estimativa do Caderno de Ações Programática na área adstrita temos 257 idosos. Foi utilizada esta estimativa, pois não existiam dados fidedignos na UBS com relação ao acompanhamento dos idosos. A cobertura do Programa de Atenção à Saúde do Idosos na Unidade foi gradativamente melhorando e conseguimos ao longo dos meses os seguintes dados: no 1º mês foram atendidos 97 idosos (37.7%), no 2º mês foram atendidos um total de 185 idosos (72%) e no 3º mês obtemos um total 245 idosos, sendo 95.3% do total de idosos nossa área de saúde.

Acredito que a melhora progressiva desses resultados se deu principalmente pela implantação do sistema de monitoramento, o efetivo rastreamento e avaliação dos resultados semanalmente nas reuniões da equipe, as visitas domiciliares e a busca ativa dos idosos faltosos a consultas, além do apoio dos líderes da comunidade e o engajamento público nesta atividade. Não obtivemos avaliação de 100% dos idosos devido que alguns realizam acompanhamento em consultas privadas e outras vezes encontravam-se fora da área devido viagem por tempo indefinido.

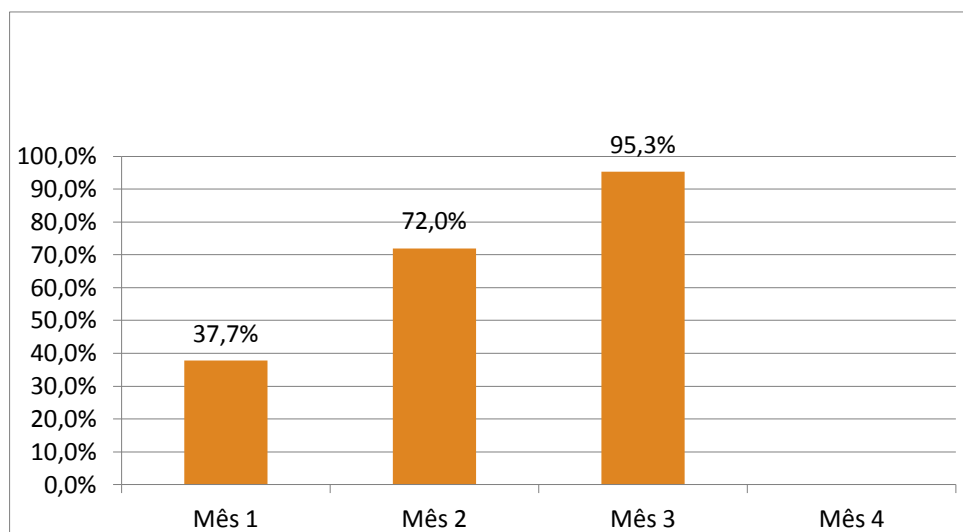


Figura 1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.  
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

**Objetivo 2. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100 % dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.**

**Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.**

**Indicador: Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia**

Em relação à proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia foram avaliados 100% de idosos atendidos em consulta, no primeiro mês 97, no 2º mês 185, e 3º mês 245 idosos avaliados, atingindo 100% nos três meses. As Avaliações Multidimensional Rápida foram feitas pelo médico e enfermeira da Unidade, e para isto foram feitas algumas capacitações sobre a correta avaliação e preenchimento do modelo proposto pelo Ministério da Saúde. Nos resultados obtidos observou-se que a maioria dos idosos podem realizar suas atividades da vida diária de forma autônoma.

Acho que a melhora dos dados foi também pela implantação do sistema de monitoramento e avaliação dos idosos e o efetivo rastreamento dos usuários não cadastrados com a implementação de estratégias e ajuda das ACS, e também a prioridade para o atendimento nesta faixa etária.

Meta.2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada três meses para diabéticos acompanhados na intervenção.

Indicador 2.2. Proporção de Idosos com exame clínico apropriado em dia.

Foi realizado o exame clínico apropriado em 100% dos idosos cadastrados nos três meses, sendo no 1º mês 97 idosos, 2º mês 185 e mês 3º 245 para um total de 245 idosos examinados, incluindo exame físico dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso além da medida da sensibilidade nos membros. Em nossos resultados, tivemos 9 idosos avaliados com alterações sensitivas nos membros inferiores ou alterações dos pulsos tibial posterior o pedioso; só uma usuária apresentou pequena úlcera no pé diabético, a mesma foi tratada e acompanhada corretamente em consulta com resultado satisfatório. Todos os usuários com alterações foram encaminhados a consulta especializada com endocrinologista, garantindo a referência e contra referência destes usuários. As agentes comunitárias de saúde ficaram responsáveis por avisar seus usuários quando tiveram a data da consulta. Dos 9 idosos com alterações sensitivas, 5 foram reavaliados aos três meses em nossa consulta; foi organizada a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Todos os usuários em consulta receberam orientações quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100 % dos idosos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Indicador 2.3. Proporção de Idosos Hipertensos e ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Foram solicitados exames laboratoriais a 100% dos idosos hipertensos e diabéticos avaliados em consulta de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, no primeiro mês dos 97 idosos atendidos em nossa consulta 54 foram diabéticos ou hipertensos, no segundo mês dos 185 idosos consultados, 101 foram hipertensos ou diabéticos e no terceiro mês alcançamos avaliar a 129 idosos hipertensos ou diabéticos com nossa intervenção de um total de 245 idosos avaliados.

Isto representa que mais de 50% dos idosos avaliados são portadores dessas doenças, todos eles com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. Foi coordenado com o gestor municipal estratégias para garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Além disso, foram orientados os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos cadastrados na intervenção.

Indicador 2.4. Proporção de Idosos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Foi prescrito a 100% dos idosos avaliados em consulta os medicamentos da Farmácia Popular nos três meses, 1º mês 97 idosos, 2º mês 185 e mês 3º 245. Os medicamentos mais demandados para os hipertensos foram Captopril, Enalapril, Hidroclorotiazida, Amlodipina, Losartan potássica, Propranolol e Atenolol; e para os diabéticos a Metformina, Insulina NPH e Glimepirida, todos localizados na Farmácia Popular do Município. Foram orientados os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Foi realizada em reunião da equipe atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e a diabetes.

Meta.2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.5. Proporção de Idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Foram cadastrados ao final da intervenção 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção nossa área de abrangência. No primeiro mês cadastramos e avaliamos 15 idosos nas visitas domiciliares, sendo 71.4%. Em reunião de equipe foi proposto como objetivo priorizar aos idosos acamados ou com problemas de locomoção, para isso contamos com o apoio da secretaria municipal com o transporte todas as sextas feiras cada semana. No segundo mês cadastramos e avaliamos 18 idosos, alcançando 85,7% e no terceiro mês da intervenção avaliamos

20 idosos acamados para um total de 20 idosos avaliados, representando 100% dos idosos com problemas de locomoção ou acamados na área.

Meta.2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Foi realizada visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção, foram visitados em seus domicílios em total 20 idosos, todos com acompanhamento adequado pela equipe de saúde, alguns foram visitados várias vezes no período pela equipe de saúde, com necessidade de curativos, consultas de acompanhamento ou algum outro procedimento médico ou de enfermagem. Na Unidade foi atualizado o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção e cadastrados no Programa. Foi informada também a comunidade sobre o acesso e solicitação das visitas domiciliares nossa unidade.

Meta.2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na área de abrangência.

Indicador 2.7. Proporção de Idosos rastreados para Hipertensão com consulta em dia.

Foi verificada a pressão arterial ao 100% dos idosos em consulta nos três meses da intervenção, além da verificação dos demais sinais vitais pela enfermeira na sala de triagem do posto de saúde, no primeiro mês foram avaliados 97 idosos, no segundo mês 185 e no terceiro mês os 245 idosos cadastrados pela intervenção, todos com bom acompanhamento segundo o protocolo.

Meta.2.8. Rastrear 100 % dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM) cadastrados na intervenção.

Indicador 2.8. Proporção de idosos com HAS sustentada maior de 135/80 mm de Hg rastreados para DM cadastrados.

Foi avaliado 100% dos idosos com Pressão arterial sistêmica sustentada maior de 135/80 mm de Hg para diabetes Mellitus nos três meses, no primeiro mês foram examinados 55 idosos, no segundo mês da intervenção o estudo alcançou 104 idosos e no terceiro mês foram avaliados 131 idosos hipertensos com HGT, todos avaliados no posto de saúde. Para cumprir o objetivo foi situado na sala de triagem de enfermeira o aparelho de hemoglicoteste e as fitas para realizar a pesquisa a todos os idosos com HAS cadastrados na intervenção. Foi solicitado a Secretaria Municipal de saúde seu apoio com o material (Fitas) e um novo aparelho para realizar o exame, todos os idosos entravam a consulta medica com HGT realizado e uma sinalização se estiver alterado.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos idosos cadastrados na intervenção

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico.

Este objetivo foi cumprido parcialmente, de um total de 245 idosos acompanhados em consulta médica na intervenção, 49 receberam avaliação e primeira consulta odontológica programática, dando um total de 20%. No primeiro mês foram avaliados 19 idosos (19.6%), no segundo mês foram avaliados 37 idosos (20%) de um total de 185 atendimentos clínicos nesse mês e no terceiro mês 49 idosos (20 %). Foi reorganizada a agenda de trabalho do dentista cada semana para agendar idosos novos, ainda assim foi incompleto este indicador. A carga horária do dentista esteve reduzida por sua especialização, além de cumprir outras atividades educativas nas escolas e creches da área. Seu período de férias também coincidiu com o desenvolvimento da intervenção. Acho que deveria ter sido maior o número de agendamentos para cada sessão de trabalho, mas cada consulta tem um tempo determinado para cumprir cada procedimento, por exemplo a avaliação e corrigir a pressão arterial ótima para as exodontias, as obturações e demais procedimentos, estas causas diminuíram os atendimentos aos idosos em geral.

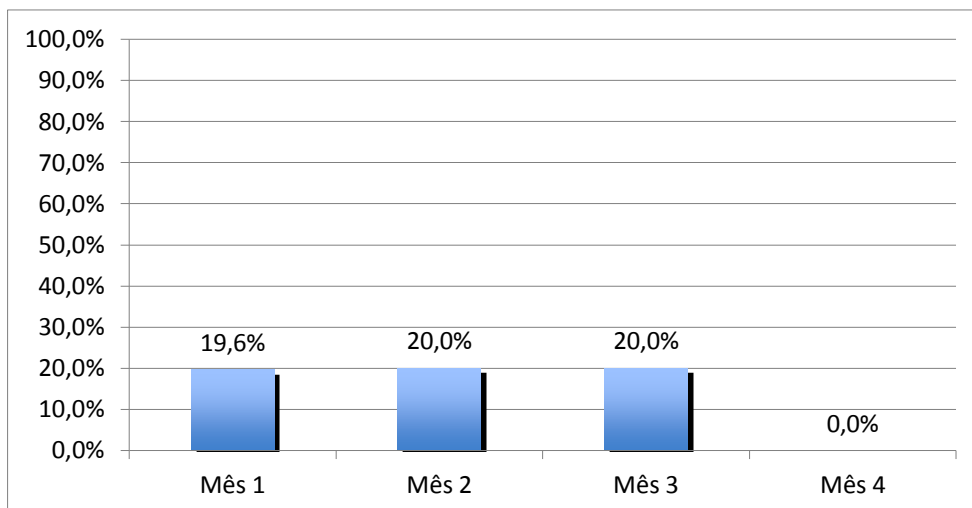


Figura 2. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte. Planilha de coleta e dados, 2015.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos cadastrados na intervenção

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Este objetivo foi cumprido parcialmente, de um total de 245 idosos acompanhados em consulta médica na intervenção 49 receberam avaliação e primeira consulta odontológica programática, totalizando 20%, cada semana foi organizada a agenda de saúde bucal para o acolhimento e atendimento prioritário dos idosos pelo dentista e engajar aos novos idosos cadastrados na intervenção, as vezes o idoso não assistia a consulta, outras a agenda estava cheia só para outros atendimentos agendados, além da prolongação do tempo médio destas consultas, isto dificultou o cumprimento do objetivo proposto. No primeiro mês foram atendidos 19 idosos (19,6%) de 97 cadastrados, no segundo mês 37 (20%) e até o terceiro mês foram atendidos 49 (20%) dos idosos cadastrados na intervenção.

Além disso, foi informada a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para sua saúde geral, sobre a necessidade da realização de exames bucais além das demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. As ACS foram capacitadas no cadastramento, identificação e encaminhamento dos idosos para o serviço odontológico.

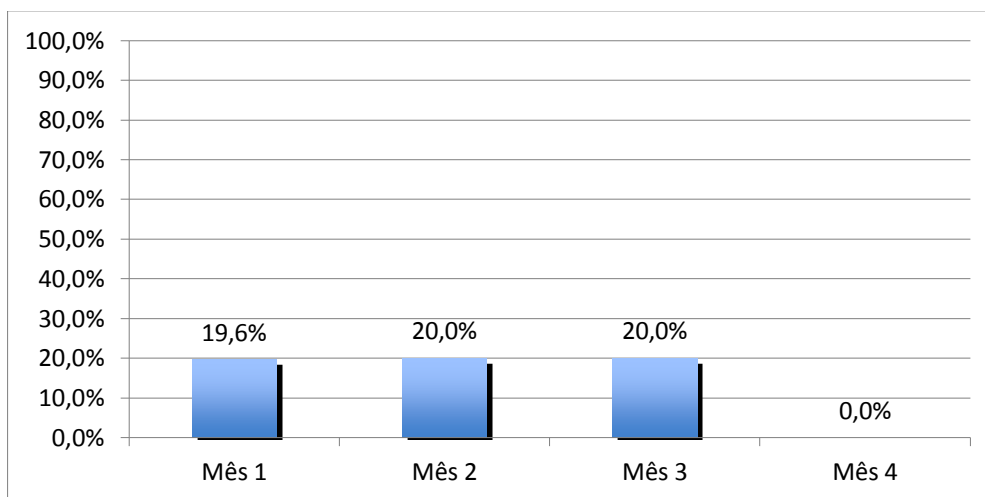


Figura 3. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.  
Fonte. Planilha de coleta de dados, 2015

Objetivo.3. Melhorar a adesão dos idosos ao programa de saúde do idoso.

Meta. 3.1. Realizar a busca ativa do 100 % dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador. Proporção de Idosos faltosos a consulta que receberam busca ativa.

Os 100% dos idosos, faltosos a consulta médica, receberam busca ativa. Foram organizadas as visitas domiciliares para buscar os faltosos com o apoio das ACS e líderes comunitários, além da organização da agenda para seu acolhimento na unidade e seu atendimento em consulta. No primeiro mês foram 19 buscas ativa, no segundo 55 e no terceiro foram 38 idosos, somando um total de 112 idosos atendidos provenientes da busca ativa para 100% dos faltosos a consultas nos três meses. Foi monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Objetivo. 4. Melhorar o registro das Informações.

Meta.4.1. Manter o registro específico de 100% das pessoas idosas.

Indicador. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.



Ao começo da intervenção a unidade não tinha o registro atualizado das pessoas idosas da área de abrangência, logo com o desenvolvimento da intervenção este objetivo foi cumprido 95.3%, de um total de 257 idosos segundo a estimativa do CAP. Foram cadastrados e avaliados em consultas 97 idosos no primeiro mês, 185 no segundo mês e 245 idosos avaliados ao final da intervenção. Para 100% deles foi confeccionada a ficha espelho em dia, com todos os dados preenchidos, todos os registros de acompanhamento na unidade foram atualizados e confeccionados com qualidade, incluídos o SIAB e a planilha de registro específico e de acompanhamento.

A equipe de saúde foi treinada para o correto preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Além disso, foi solicitado ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o apoio na confecção das planilhas e demais modelos utilizados na intervenção.

O monitoramento dos registros preenchidos foi realizado periodicamente cada semana por cada membro da equipe segundo sua função, além disso, foi criado e organizado um sistema de situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Foi orientado aos idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta de saúde quando for consultar em outros níveis de atenção.

Meta 4.2. Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

Indicador 4.2. Proporção de Idosos com caderneta de saúde da pessoa idosa.

Foi distribuída a caderneta de pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados no programa nos três meses, 97 idosos no primeiro mês, 185 no segundo e 245 no terceiro mês. Foi preciso o apoio do gestor municipal de saúde para completar a distribuição das cadernetas e os documentos foram preenchidos com qualidade e orientando-se a cada idoso portar sua caderneta de saúde cada vez que forem a consulta.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100 % das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Foi avaliado 100% dos idosos cadastrados na intervenção para risco de morbimortalidade, sendo 97 no 1º mês, 185 no 2º mês e 245 no 3º mês. Foi priorizado o cadastramento, acolhimento e atendimento dos idosos com maior risco de morbimortalidade e no período foram identificados quatro idosos com alto risco. Além das visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde, foi orientado aos idosos e familiares sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente pela equipe de saúde, também foram orientados sobre como acessar ao atendimento prioritário na Unidade de Saúde e ainda foram postos em alerta os vizinhos para prestar apoio, caso fosse necessário.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100 % das pessoas idosas.

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Foram investigadas 100% das pessoas idosas cadastradas no programa para fragilização na velhice, no primeiro mês foram avaliadas 97 idosos, 185 no segundo e 245 idosos no terceiro mês. Os usuários foram orientados sobre a importância de seu acompanhamento mais frequente pela equipe de saúde e a realização dos exames complementares, além de orientações gerais relacionadas com o autocuidado e evitar acidentes domésticos.

Meta. 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos cadastrados na intervenção.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Foi avaliado em 100% dos idosos cadastrados para sua rede social nos três meses, sendo 97 idoso no 1º mês, 185 no 2º mês e 245 no 3º mês. Além disso, foram capacitados os profissionais em reunião da equipe para identificação, registro e avaliação da rede social dos idosos, realizadas várias atividades para estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas,

escolas, grupos de apoio, etc.) e do estabelecimento de redes sociais de apoio, atividades com muito boa acolhida e boa assistência por parte deles.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta. 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador: Proporção de Idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Foi monitorado a orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 100% dos idosos cadastrados na intervenção nos três meses, sendo 97 no 1ºmês, 185 no 2ºmês e 245 no 3ºmês. Em cada consulta foram avaliados os idosos com obesidade / desnutrição, além encaminhados sete idosos com sobrepeso e obesos para acompanhamento com a nutricionista do NASF e três idosos foram encaminhados para a academia popular após realizar o exame clínico e laboratoriais apropriados.

Meta.6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% dos idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

100% dos idosos foram orientados para a realização de atividade física regular e outros encaminhados para a academia popular municipal após realizar o exame clínico e laboratoriais apropriados nos três meses, sendo 97 no 1ºmês, 185 no 2ºmês e 245 no 3ºmês. Também foram orientados os cuidadores, familiares e a comunidade, sobre os benefícios para a saúde e foram realizadas várias atividades físicas e dinâmicas grupais com o objetivo de promover este hábito.

Meta.6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100 % dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Foram orientados em consulta em 100% dos idosos para o cumprimento das orientações sobre higiene bucal nos três meses, incluindo higiene de próteses dentárias, sendo 97 no 1º mês, 185 no 2º mês e 245 no 3º mês. Foi necessário organizar tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, e sua importância na correta mastigação dos alimentos para uma melhor digestão dos mesmos. Para isso, foi necessário capacitar previamente a equipe em reunião de trabalho com o apoio da auxiliar de dentista.

#### **4.2 Discussão**

A intervenção na UBS COHAB, município São Francisco e Assis RS, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos Idosos, a melhora dos registros e a qualificação da atenção, incluindo Avaliação Multidimensional Rápida com exame clínico dos pés, a palpação dos pulsos e sensibilidade, incluindo também o rastreamento para diabetes mellitus dos idosos hipertensos, atenção aos idosos acamados ou com problemas de locomoção e avaliação e primeira consulta odontológica, a busca ativa dos faltosos a consulta, sua avaliação da rede social, além das orientações nutricionais para hábitos alimentares saudável, a prática de atividade física regular e a orientação individual de cuidados da saúde bucal.

Além disso, exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da saúde dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da toda equipe, do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, as ACS e da recepcionista. Para ele, foi necessário a capacitação geral para o cadastramento e acolhimentos dos idosos a Unidade, a capacitação para realizar a Avaliação Multidimensional Rápida em dia, a triagem incluindo HGT e demais procedimentos clínicos em cada consulta, o correto preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento, além do cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. A necessidade de atendimento odontológico, a identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade, os indicadores de fragilização na velhice, a avaliação da rede social dos idosos e para orientação individual sobre hábitos alimentares saudável, a prática regular de atividade física e higiene bucal também foi realizado treinamento. Isto acabou tendo impacto também

em outras atividades no serviço, por exemplo; na atualização das informações do SISAB e planilha de registro específicos, o engajamento da comunidade nos problemas de saúde gerais e individuais dos idosos, além de melhorar nas relações de trabalho com a secretaria municipal de saúde.

Antes da intervenção, as atividades de atenção à saúde dos idosos eram concentradas no médico, só atendimento clínico a doença. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas idosos, a melhora dos registros e o agendamento dos idosos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, a Avaliação Multidimensional, o exame clínico apropriado em dia, e os encaminhamentos adequados dos casos que necessitem de avaliações mais complexas, além da identificação e classificação de risco para morbimortalidade, e dos indicadores de fragilização na velhice, tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A intervenção tem boa acolhida na comunidade. Os idosos e familiares demonstram satisfação com a prioridade nos atendimentos e os resultados obtidos no mesmo, além do atendimento diferenciado aos idosos acamados ou com problemas na locomoção e pelas orientações sobre os benefícios do acompanhamento periódico na unidade de saúde. O tratamento oportuno das doenças e limitações para um envelhecimento saudável, além de compartilhar nas consultas as condutas esperadas foram percebidas pelos usuários. Também tem gerado boa acolhida o trabalho com o grupo de idosos realizada mensalmente na Unidade de saúde.

Com a ampliação da cobertura do programa alcançamos avaliar quase a totalidade dos idosos na área, porém continuaremos com a incorporação da intervenção a rotina diária da Unidade para atingir a totalidade dos mesmos.

A intervenção pôde ser facilitada e desenvolvida desde a análise situacional pelo apoio da gestão municipal de saúde e o apoio da equipe de saúde na organização, capacitação e cumprimento de cada uma de suas funções neste projeto, além do engajamento público no controle das diferentes atividades desenvolvidas pela equipe de saúde. Também sempre mantemos uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar a intervenção. Agora que estamos no fim, percebo que a equipe está mais integrada, porém, junto à comunidade estamos incorporando e dando continuidade à intervenção a rotina do serviço, pois teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção está sendo incorporada a rotina diária do serviço. Para isto, continuamos com a ampliação e divulgação do trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção à saúde dos idosos, em especial os de alto risco de morbimortalidade e fragilização na velhice. Na intervenção, percebemos que a falta de organização na agenda dos atendimentos odontológicos acabou prejudicando a coleta deste indicador, para a avaliação e primeira consulta odontológica aos idosos. Adiante vamos adequar a agenda dos atendimentos dos idosos para realizar e monitorar a necessidade de atendimento e a primeira consulta odontológica programática aos mesmos.

Pretendemos dar continuidade aa intervenção para o cadastramento dos idosos que ainda não tem acompanhamento nossa Unidade e realizar a avaliação e consulta odontológica programática a todos os idosos da área de abrangência, para isso contamos com o apoio das ACS e o engajamento da comunidade nas atividades da Unidade, tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa na prevenção de câncer de colo de útero e de mama na UBS.

#### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

A especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, em parceria com a Universidade Aberta do SUS, teve como proposta o desenvolvimento de um projeto de intervenção na comunidade onde atuamos enquanto médico, identificando os problemas de saúde da população e procurando alternativas para solucionar cada um deles. O município tinha indicadores baixo na cobertura e qualidade do atendimento aos idosos pela unidade básica, devido a isto, foi escolhido este foco para a intervenção de intervenção o qual foi desenvolvido ao longo de doze semanas na UBS. O objetivo geral foi ampliar a cobertura da atenção à saúde dos idosos na área, o mesmo foi alcançado satisfatoriamente. Com a intervenção conseguimos ampliar e melhorar a cobertura do programa de saúde as pessoas idosas incluindo a qualidade nos atendimentos e serviços prestados com um enfoque preventivo e integral, e desta forma melhorar sua qualidade de vida num processo de envelhecimento mais saudável e com maior autonomia.

Muito importante o apoio oferecido pela Secretaria de Saúde Municipal na impressão dos documentos e materiais para a confecção das cadernetas, as planilhas e demais documentos a utilizar na intervenção, além o apoio com o transporte para a

realização das visitas domiciliares aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

A intervenção melhorou o acolhimento e deu prioridade aos atendimentos dos idosos, com a intervenção conseguimos avaliar um total 245 idosos, ou seja, 95.3% do total de idosos da área de abrangência, todos com Avaliação Multidimensional Rápida com exame clínico apropriado, incluindo exame físico dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso além da medida da sensibilidade nos membros inferiores e solicitação de exames laboratoriais aos idosos hipertensos e diabéticos avaliados em consulta. Foram atendidos todos os idosos acamados ou com problemas de locomoção em seus domicílios e também receberam busca ativa os idosos faltosos a consultas, todos foram prescritos prioritariamente com medicamentos da Farmácia Popular sendo os mais demandados Captopril, Enalapril, Hidroclorotiazida, Amlodipina, Losartan potássica, Propranolol e Atenolol e para os diabéticos a Metformina, Insulina NPH e Glimepirida, localizados na Farmácia Popular do Município. Também foi realizada avaliação e primeira consulta odontológica 49 idosos como forma de sua avaliação integral. Na Unidade logro se confeccionar os registros e o preenchimento correto dos documentos dos idosos.

A equipe melhorou sua capacitação técnico profissional em quanto a saúde dos idosos, além de fortalecer o trabalho em equipe e sua educação permanente, um aspecto relevante foi lograr a união entre seus integrantes num ambiente de colegas e parceria.

Consideramos que o apoio da Secretaria municipal de Saúde foi muito importante para o desenvolvimento desta intervenção sendo necessário continuar para que outras ações possam ser implementadas como Programa de prevenção no Câncer de Colo de Útero e de Mamas, Programa a Saúde das crianças, Atenção Pré-natal e puerpério, ações importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e sistematização dos registros, permitindo o monitoramento e avaliação periódica das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, como forma de melhorar a qualidade nos atendimentos de uma maneira mais preventiva e integral.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Tendo como justificativa o aumento da população idosa a nível mundial, no Brasil e no município, além da demanda crescente a cada dia dos serviços de saúde nesta etapa da vida, e como parte de nossa especialização em saúde da família, a equipe realizou esta intervenção. Ao longo de doze semanas, nosso posto de saúde desenvolveu ações voltadas para os idosos com o objetivo de melhorar sua saúde, a qualidade nos atendimentos e serviços oferecidos no posto. Por fim, conseguimos melhorar o acolhimento na unidade, as consultas médicas e do dentista, detectando assim precocemente as doenças. Também foram realizadas visitas domiciliares aos acamados e com problemas na locomoção e diminuíram neste período as internações no hospital.

Neste período foram avaliados em consulta médica 245 idosos, dos quais 131 são hipertensos e/ou diabéticos, todos com exame clínico integral e solicitação de exames laboratoriais segundo critério médico, assim como os encaminhamentos as diferentes especialidades. Além disso, foram indicados prioritariamente os medicamentos da rede básica da farmácia com muito boa acolhida, também foram visitados em seus domicílios um total de 20 idosos acamados ou com problemas de locomoção como forma de uma atenção mais humanizada e mais perto dos usuários. Todos os idosos foram orientados também sobre hábitos alimentares mais saudáveis, à prática regular de atividade física e a higiene bucal e das próteses dentárias, objetivando melhorar a percepção do risco e elevando sua autonomia e autocuidado.

Foram realizadas várias atividades coletivas na UBS com o apoio e participação ativa dos idosos como parte engajamento público para reforçar a aliança com a comunidade. Nas atividades tiveram orientações para melhorar os hábitos e estilos de vida mais saudáveis através de ações educativas e na busca dos idosos faltosos a consultas e com problemas na rede social. Fazemos um chamamento a comunidade na Unidade de Saúde para continuar com seu apoio, mantendo presente a ajuda de todos nesta organização do processo de trabalho.



## **5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Minhas expectativas com relação ao desenvolvimento no trabalho no curso, no início tive minhas dúvidas, não imaginava como fazer uma especialização a distância, virtual. No começo a equipe ficou algo exceptiva e com dúvidas com relação ao conteúdo da intervenção e sua importância, na coleta de dados sobre a unidade para o análise situacional, materiais, medicamentos, condições estruturais, barreiras arquitetônicas, etc. pouco a pouco, com as orientações semanais fomos conformando um sistema de trabalho cada vez mais consolidado, mais organizado, mais integral para atenção à saúde do usuário idosos nossa área de abrangência, com certeza a equipe entendeu a importância e colaborou com sua participação.

Mas logo, foi necessário organizar o trabalho em equipe, cumprir com o cronograma de atividades para as diferentes tarefas e ações desenvolvidas, as quais aconteceram algumas de forma pontuais, outras episodicamente e outras ao longo das doze semanas da intervenção. ex. capacitação aos profissionais, cadastrar e agendar os atendimentos da população alvo do programa, todos juntos em função dos objetivos e metas propostos, aproveitando cada semana as reuniões de equipe. Com a intervenção conseguimos integra-nos como equipe e trabalhar juntos no cumprimento das metas e objetivos, todos os integrantes ficaram motivados pelas novas ações e os resultados obtidos. Além do agradecimento dos idosos, familiares e a comunidade do desempenho e dedicação da equipe, algo muito gratificante para nosso trabalho diário, sendo um fato a melhora na qualidade dos atendimentos aos idosos na comunidade.

Acredito que o curso ao acrescentou meus conhecimentos técnicos, profissionais e organizativos no trabalho, cada semana os estudos de prática clínica e revisão bibliográfica foram lembrando conceitos e situações clínicas, além de

possibilitar a atualização dos meus conhecimentos, além de avaliar lós com os TQC a longo do curso. Também apreendi conceitos e doenças novas nunca antes vistas, adquiri pouco mais habilidades na informática e computação.

Acho que o curso foi bem elaborado e estruturado a cada detalhe, além de uma forma muito prática e simples de autoanalisar-se e ser avaliado a distância sem ter que movimentar-se longas distancias para cumprimentar os objetivos de estudos. Acho adequado alguns casos clínicos de refletir e outros de autopreparação, além dos fóruns coletivos onde o estudando tem a possibilidade de expor seus duvidas ou conhecimentos sobre qualquer tema, além das orientações dos orientadores com relação ao desenvolvimento e cumprimento das tarefas da semana.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Nº 19. Brasília, DF. 2006.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

NUNES, Edgar. **Atenção à saúde do Idosos. Aspectos conceituais**. Brasília, DF. 2012.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>fa</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

[illegible]

## Anexo C- Ficha Espelho

## FICHA ESPELHO

## PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
Telefones de \_\_\_\_\_

Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não    Nome do cuidador \_\_\_\_\_    Problemas de locomoção? ( ) Sim ( ) Não    É acamado  
 (a)? ( ) Sim ( ) Não    HAS? ( ) Sim ( ) Não    DM? ( ) Sim ( ) Não    Possui a Caderneta da pessoa idosa? ( ) Sim ( ) Não    Estatura: \_\_\_\_ cm /    Perímetro Braquial: \_\_\_\_ cm  
 Osteoporose? ( ) Sim ( ) Não    Depressão? ( ) Sim ( ) Não    Demência? ( ) Sim ( ) Não.    Se sim, qual? \_\_\_\_\_    O idoso tem avaliação de risco para a saúde bucal? ( ) Sim ( ) Não    Data da primeira consulta odontológica:    /    /    .

[illegible][illegible]

[illegible][illegible]



**Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante